

**DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE MARICOPA
FORMA DE CONSENTIMIENTO**

Yo _____ doy permiso a la Oficina de Epidemiología del Departamento de Salud Pública del Condado de Maricopa, o representantes de esta, para coleccionar

- muestra (s) de excremento, o
- muestra (s) de sangre, o
- muestra de mucosidad de la nariz y garganta para el propósito de prueba para virus respiratorio

Yo entiendo que este servicio es libre de costo.

Nombre del niño

Fecha

Nombre del padre/encargado en letra de molde

Fecha

Firma del padre o encargado

Fecha

Firma del adulto recibiendo el análisis

Fecha

Testigo

Fecha

